

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和3年3月31日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第38号

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成24年四日市市規則第38号）の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式

年 月 日

四日市市長

## 同意書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得、課税、健康保険上の自己負担限度額及び食事代標準負担額並びに生活保護受給の状況を市が調査することについて同意します。

### 記

#### 1 利用目的

法第6条に定める自立支援給付に係る決定

（自立支援医療費給付と補装具費給付を除く。）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

（注）氏名欄には、申請者及び世帯の生計中心者の署名又は記名押印をお願いします。

第6号様式を次のように改める。

障害支援区分認定証明書														
障害 支援 区分 認定 者	申請番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	年 月 日生												
	住所													
	転出予定先 (市区町村名まで)													
異動予定日	年 月 日													
<p style="text-align: center;">上記の者は、次のとおり本市において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">四日市市長 印</p>														
		申請年月日	年 月 日											
障害支援区分		認定年月日	年 月 日											
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで有効													
市町村審査会 の意見等														
備考														

※裏面に注意事項を記入。

第6号様式（裏面）

注意事項

- 1 この障害支援区分認定証明書は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の障害支援区分認定について、転出先の市町村で、あらためて認定調査等を受けることなく障害支援区分認定を受けることが可能になるように四日市市が交付したもので、障害支援区分認定結果等を通知するものではありません。したがって、この証で障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの支給を受けることはできません。
- 2 住所を異動した際は、直ちに転入先の市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して障害福祉サービスの利用の申請をしてください。  
転入先の市町村で改めて支給決定を受けるまでは原則として転入後に利用した障害福祉サービスの給付は受けられません。緊急に利用が必要な場合は転入先市町村にご相談ください。
- 3 住所を異動した先の市(町村)が、新たに障害福祉サービスにかかる給付の実施主体となります。
- 4 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、異動予定日が過ぎてから住所を異動するまでに利用した障害福祉サービスの給付が一部受けられなくなることがありますので、予定が変わった場合は（転出前の市町村に）ご相談ください。

第16号様式及び第17号様式を次のように改める。

障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容		
受給者証番号		障害支援区分		サービス種別
支給決定障害者等	居住地	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	フリガナ	サービス種別		
	氏名	支給量等		
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
児童	フリガナ	サービス種別		
	氏名	支給量等		
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
障害種別	1    2    3    4    5			
交付年月日	年    月    日			
支給市町村名及び印				
		予備欄		
		サービス種別		
		支給量等		
		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		サービス種別		
		支給量等		
		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">訓練等給付費の支給決定内容</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">障害支援区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定有効期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> </table>	訓練等給付費の支給決定内容		障害支援区分		認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	サービス種別		支給量等		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	サービス種別		支給量等		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	サービス種別		支給量等		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	予備欄		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">計画相談支援給付費の支給内容</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">支給期間</td> <td>年 月から 年 月まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定特定相談支援事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">モニタリング期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">特定障害者特別給付費の支給内容</th> </tr> <tr> <td colspan="2">施設入所支援</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td style="text-align: right;">円/日</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月から 年 月まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">共同生活援助又は重度障害者等包括支援</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td style="text-align: right;">円/月</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月から 年 月まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> </table>	計画相談支援給付費の支給内容		支給期間	年 月から 年 月まで	指定特定相談支援事業所名		モニタリング期間		予備欄		特定障害者特別給付費の支給内容		施設入所支援		支給額	円/日	適用期間	年 月から 年 月まで	共同生活援助又は重度障害者等包括支援		支給額	円/月	適用期間	年 月から 年 月まで	予備欄		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">負担上限月額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">食事提供体制加算対象者</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理対象者該当の有無</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;">特記事項欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> </table>	利用者負担に関する事項		負担上限月額		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	食事提供体制加算対象者		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用者負担上限額管理対象者該当の有無		利用者負担上限額管理事業所名		特記事項欄		予備欄	
訓練等給付費の支給決定内容																																																																								
障害支援区分																																																																								
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
サービス種別																																																																								
支給量等																																																																								
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
サービス種別																																																																								
支給量等																																																																								
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
サービス種別																																																																								
支給量等																																																																								
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
予備欄																																																																								
計画相談支援給付費の支給内容																																																																								
支給期間	年 月から 年 月まで																																																																							
指定特定相談支援事業所名																																																																								
モニタリング期間																																																																								
予備欄																																																																								
特定障害者特別給付費の支給内容																																																																								
施設入所支援																																																																								
支給額	円/日																																																																							
適用期間	年 月から 年 月まで																																																																							
共同生活援助又は重度障害者等包括支援																																																																								
支給額	円/月																																																																							
適用期間	年 月から 年 月まで																																																																							
予備欄																																																																								
利用者負担に関する事項																																																																								
負担上限月額																																																																								
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
食事提供体制加算対象者																																																																								
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																							
利用者負担上限額管理対象者該当の有無																																																																								
利用者負担上限額管理事業所名																																																																								
特記事項欄																																																																								
予備欄																																																																								





第16号様式(その4)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄				療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄				就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄								
1	事業者及びその事業所の名称				事業者確認欄				事業者確認欄							
	サービス内容						契約支給量(〳月)				日		契約日		年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日		年 月 日				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量						サービス提供終了日		年 月 日	
	事業者及びその事業所の名称						サービス内容						事業者確認欄			
	契約支給量(〳月)		日				契約日				年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日		年 月 日	
1	事業者及びその事業所の名称		入所(居)日		事業者確認欄		退所(居)日									
			年 月 日				年 月 日									
2			入所(居)日				退所(居)日									
			年 月 日				年 月 日									
予備欄																
1	事業者及びその事業所の名称				事業者確認欄		利用開始日		事業者確認欄		利用終了日					
	サービス内容						契約日				年 月 日		サービス提供終了日		年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日		年 月 日				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量						サービス提供終了日		年 月 日	
	事業者及びその事業所の名称						サービス内容						事業者確認欄			
	契約支給量(〳月)		日				契約日				年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日		年 月 日	
予備欄																

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

注意事項欄

- 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。  
また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。
- 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。  
また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

第17号様式  
(その1)

地域相談支援受給者証				
受給者証番号				
地域相談支援給付決定障害者	居住地			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
障害種別	1	2	3	4 5
交付年月日	年 月 日			
支給市町村名及び印				

  

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

  

一般相談支援事業者記載欄			
提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者 確認欄
		契約日 年 月 日	
		サービス提供終了日 年 月 日	
		契約日 年 月 日	
		サービス提供終了日 年 月 日	
予備欄			

(その2)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月から 年 月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
- 4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 5 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
- 7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

第 27 号様式を次のように改める。

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業者指定(更新)申請書

年 月 日

四日市市長

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定特定相談支援事業者に係る指定(更新)を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ								
	名称								
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 — )						
	法人である場合その種別				法人所轄庁				
	連絡先	電話番号			FAX番号				
	代表者の職・氏名		職名			フリガナ			
					氏名				
代表者の住所		(郵便番号 — )							
指定(更新)を受けようとする事業の種類	フリガナ								
	名称								
	事業所の所在地		(郵便番号 — )						
	事業の種類		実施事業	指定(更新)申請をする事業の事業開始予定年月日	様式	備考			
	特定相談支援事業				付表				
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。									
事業所番号									指定年月日
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。									
事業所番号									指定年月日
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。									
事業所番号									指定年月日
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。									
事業所番号									指定年月日
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。									
事業所番号									指定年月日

(備考)

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「実施事業」欄には、今回申請(更新)をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
- 「指定(更新)申請をする事業の事業開始予定年月日」欄には、更新申請の場合、更新予定年月日を記載してください。

(障害福祉課)

第30号様式から第32号様式までを次のように改める。



指定特定相談支援事業者に係る変更届出書

年 月 日

四日市市長

住 所  
事業者 (所在地)  
氏 名  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事業所		名 称									
		所 在 地									
変更があった事項		変更の内容									
1	事業所(施設)の名称	(変更前)					(変更後)				
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)										
3	申請者(設置者)の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名及び住所										
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)										
7	事業所の平面図及び設備の概要										
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
9	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
11	請求に関する事項										
12	役員の氏名、生年月日及び住所										
変更年月日		年 月 日									

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

障害福祉課

第31号様式

指定特定相談支援事業者に係る再開・廃止・休止届出書

年 月 日

四日市市長

住 所  
事業者 (所在地)  
氏 名  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

		事業所番号									
廃止(休止・再開)する事業所	名 称										
	所 在 地										
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日									
廃止・休止した理由											
現に指定計画相談支援を受けていた者 に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)											
休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日									

- 注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の日から10日以内に届け出てください。
- 3 廃止・休止の日の1月前までに届け出てください。

障害福祉課

第32号様式

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）									
障害者 (児)	フリガナ				年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						年 月 日		
	フリガナ				電話番号				
	受診者住所								
個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ				受診者との関係				
	保護者氏名								
	フリガナ				電話番号				
保護者住所	※受診者本人と異なる場合記入してください。			※受診者本人と異なる場合記入してください。					
保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名				
	受診者と同一保険の加入者								
	受診者と同一保険の加入者個人番号								
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度 <small>かつ</small> 継続	該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名				所在地・電話番号				
受給者番号									
治療方針の変更	有 ・ 無			診断書の添付	有 ・ 無				
<p>四日市市長</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">※署名又は記名押印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>									

第34号様式及び第35号様式を次のように改める。

第34号様式

自立支援医療受給者証(更生医療)				
公費負担者番号				
自立支援医療費受給者番号				
受 診 者	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日
	フリガナ			
	住 所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	重度かつ継続			
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所			
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所		所在地・ 電話番号	
	薬 局		所在地・ 電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・ 電話番号	
自己負担上限額	月額	円		
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
公費負担の対象となる障害				
医療の具体的方針				
特定疾病療養受療証	有 無			
上記のとおり認定する。				
年 月 日 四日市市長 印				

第35号様式（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療）			
公費負担者番号			重度かつ継続
受給者番号			
受給者本人	住所		
	フリガナ氏名		
	生年月日		
	被保険者証の記号及び番号		
	保険者名		
保護者	住所		
	フリガナ氏名		続柄
有効期間			
自己負担上限額			階層
<p>上記の通り認定します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">四日市市長</p>			

\*人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出してください。

第35号様式（裏面）

公費負担の対象 となる障害		
医療の具体的方針		
指 定 医 療 機 関		
特定疾病療養受療証		

第 37 号様式を次のように改める。



第 3 7 号様式

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成・更生)			
受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		受診者との関係
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
	身体障害者手帳		
備 考			
<p>四日市市長</p> <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 <span style="margin-left: 200px;">※署名又は記名押印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			

※ 自己負担上限額 (所得区分及び重度かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書 (変更) に記載すること。

第40号様式から第42号様式までを次のように改める。

第40号様式

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

四日市市長		年 月 日	
		(申請者)	
		住 所	
		氏 名	
		個人番号	
		対象者との続柄	
		電 話 ー	
次のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をします。			
対 象 者	住 所		
	フリガナ 氏 名		
		(個人番号 )	
	生年月日	年 月 日	電 話 ー
身体障害者手帳		手帳番号	第 号
		障害名	交付年月日
		年 月 日	障害等級
疾患名			
購入・借受け・修理 を受ける補装具名			
希望する 補装具 業者	名 称		
	所在地		
生活保護への移行 予防措置に関する 認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。	

添付書類：世帯状況・所得状況等のわかる書類（\*同意がある場合は省略可能）

その他市長が必要と認める書類

障害福祉課

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名	年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名  ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 ( <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)	
障害・疾患等の状況 (注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称
	処 方 (注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。)
	使用効果見込み (注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)
上記のとおり意見する  年 月 日  病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名  ※署名または記名押印	

補装具費支給調査書

申請年月日		年 月 日	申請者氏名			
申請の種類		購入（借受けの意向 有・無） ・借受け ・修理				
対象者	住 所					
	フリガナ氏名					
	生年月日	年 月 日	年齢			
世帯員の状況	氏 名	続柄	課税区分	市民税所得割	備 考	
	非課税世帯					
		氏 名	続柄	備 考		
世帯区分			月額上限負担額			
用具名						
基準額			見積額			
利用者負担額			公費負担額			
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">調査者</p>						

第44号様式を次のように改める。

第44号様式

第 号  
年 月 日

補装具費支給判定通知書

四日市市社会福祉事務所長

様

先に申請のありました については、  
専門的判定の必要がありますので、 年 月 日に三重県障害者相談支援センター（更生相談所）において判定を行うことになりました。  
なお、当日は本通知をお持ちください。

記

1 身体障害者手帳番号

2 判定依頼事項

第46号様式及び第47号様式を次のように改める。



様

補装具費支給決定通知書

四日市市長 印

補装具費の支給について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条第1項の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

利用者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
児童	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
支給番号		号	支給決定日	年 月 日
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日
補装具業者	名 称			
	所在地			
基準額		見積額	利用者負担額	
円		円	合計額	円 (合計額)
月額負担上限額		月額	円	
円		(借受けの場合)		
(教示事項)				
<p>1 この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、四日市市長に対して審査請求をすることができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。)</p> <p>2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)</p>				

第47号様式（その1）

補装具費支給券

支給券番号		第 号	支給決定日	年 月 日
購入・借受け・修理の別		購入・借受け・修理		
借受けの期間		年 月 日	～	年 月 日
利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
児童	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補装具の名称			修理部位	
処方				
補装具業者	名称			
	所在地			
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
上記のとおり決定する。 年 月 日				
四日市市長 印				
検査	検査 年月日	年 月 日	検査員	※署名または記名押印
受領	受領 年月日	年 月 日	受領 確認	※署名または記名押印 本人と の関係

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	※署名または記名押印
受任者	

第47号様式（その2）

補装具費支給券

支給券番号		第 号	支給決定日	年 月 日
借受けの期間		年 月 日	～	年 月 日
利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
児童	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補装具の名称			修理部位	
処方				
補装具業者	名称			
	所在地			
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
上記のとおり決定する。 年 月 日 四日市市長 印				

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	
	※署名または記名押印
受任者	

第47号様式（その3）

補装具費支給券

支給券番号		第 号	支給決定日	年 月 日
借受けの期間		年 月 日	～	年 月 日
利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
児童	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補装具の名称			修理部位	
処方				
補装具業者	名称			
	所在地			
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
上記のとおり決定する。 年 月 日				
四日市市長 印				
返却確認	返却日	年 月 日	業者名	
			申請者 氏名	※署名または記名押印

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	※署名または記名押印
受任者	

第51号様式から第54号様式までを次のように改める。

令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

四日市市長

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法											
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)			制度	受給者証番号・被保険者証番号										
	個人番号:													
生年月日	年 月 日													
居住地	〒		電話番号											
フリガナ			続柄											
支給決定に係る児童氏名			生年月日	年 月 日										
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額						申請に係るサービス利用月								
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額														
同一世帯に属する他の	氏名		生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法										
				制度	受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号:													
個人番号:														
個人番号:														

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号

令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

四日市市長

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②介護保険法									
申請者氏名											制度	受給者証番号・被保険者証番号								
	個人番号：																			
生年月日	年 月 日																			
居住地	〒										電話番号									
サービス利用月の 障害福祉相当介護 保険サービス支払 額（注）				申請に係る サービス 利用月						65歳に達する までの介護保険 法による保険 給付の受給有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。  
 (注) 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種目	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 9 その他						
	フリガナ												
	口座名義人												

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			申請者 との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長

印

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第43条の5第1項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者 (保護者) 氏名		受給者 証番号											
支給決定に係る 児 童 氏 名													

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号	*	*	*	*							
	口座名義人											

(教示事項)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。)
- また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
  - 審査請求があった日の翌日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
 (なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)



令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

四日市市長

印

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第43条の5第6項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者 証番号												
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉相当 介護保険 サービスに係る 本人支払額(注)	円	申請に係る 障害福祉相当介 護保険サービスの 利用月	年 月分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号	*	*	*	*							
	口座名義人											

(教示事項)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。（なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分のあった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。）
- また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として（訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
  - 審査請求があった日の翌日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
 （なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(健康福祉部障害福祉課)